REGIONE MARCHE
Giunta regionale

Al SUAP territorialmente competente

Oggetto: Trasmissione attestato di partecipazione al corso per l'esercizio di bed and breakfast in forma non imprenditoriale concernente la disciplina igienico-sanitaria in materia di somministrazione di alimenti e bevande

Il sottoscritto _____ (Nome) _____ (Cognome) titolare dell'esercizio di bed and breakfast gestito in forma non imprenditoriale denominato _____ (denominazione struttura ricettiva) ubicato in Via _____ n. _____ nel Comune di _____ , con codice identificativo regionale n. _____ trasmette con la presente copia dell'attestato di partecipazione al corso in oggetto rilasciato da (soggetto accreditato) _____ in data _____.

FIRMA DEL TITOLARE

_____